

**RAMBURSAREA CHELTUIELILOR MEDICALE
EFECTUATE ÎNTR-UN ALT STAT MEMBRU
AL UNIUNII EUROPENE**

CULEGERE DE PRACTICĂ JUDICIARĂ

**RAMBURSAREA CHELTUIELILOR MEDICALE
EFECTUATE ÎNTR-UN ALT STAT MEMBRU
AL UNIUNII EUROPENE**

CULEGERE DE PRACTICĂ JUDICIARĂ

Selecții realizate de
DRAGOȘ CĂLIN, judecător, Curtea de Apel București
ROXANA MARIA CĂLIN, judecător, Tribunalul București



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2020

Colecția ȘTIINȚE JURIDICE ȘI ADMINISTRATIVE

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

CĂLIN, DRAGOȘ

Rambursarea cheltuielilor medicale efectuate într-un alt stat membru al Uniunii Europene : culegere de practică judiciară / Dragoș Călin, Roxana Maria Călin. – București : Editura Universitară, 2020

Conține bibliografie
ISBN 978-606-28-1133-4

I. Călin, Roxana Maria

34

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/978-6062811334

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2020
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021.315.32.47
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021.315.32.47 / 07217 CARTE / 0745.200.357
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

Cuprins

Cuvânt înainte.....	11
---------------------	----

1. În măsura în care se dovedește că urgența medicală a împiedicat pe reclamant nu numai să obțină autorizația prealabilă, dar și să depună cererea de acordare a autorizației prealabile, legislația națională nu poate constitui un impediment în acordarea contravalorii tratamentului medical conform dispozițiilor art. 20 din Regulamentul (CE) nr.883/2004.	17
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 7779 din 7 noiembrie 2017

2. Cum reclamantii nu au depus niciun document din care să rezulte că instituțiile medicale din România nu puteau realiza în mod corespunzător sau într-un interval de timp util intervenția chirurgicală efectuată în Austria, nu poate fi acordată contravaloarea tratamentului medical.....	75
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr.925 din 8 mai 2018

3. Prin efectuarea plății tratamentului medical de către reclamant, formularul S2 (E112) nu mai produce efectele pentru care a fost eliberat, neputând fi invocat în solicitarea rambursării. Aceste prevederi sunt aplicabile în toate situațiile, nu doar în aceea a eliberării formularului după plecarea persoanei beneficiare, întrucât scopul eliberării acestuia este același în toate situațiile, respectiv ca beneficiarul să obțină tratament medical din partea unei unități dintr-un alt stat, fără a suporta costul acestuia, contravaloarea serviciilor medicale urmând să fie decontată direct între instituțiile implicate. În situația în care contravaloarea serviciilor medicale a fost achitată de beneficiar, formularul nu mai produce efectele pentru care a fost emis, respectiv decontarea directă a serviciilor medicale între unitatea medicală și casa de asigurări de sănătate, fără contribuția beneficiarului.....	126
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Curtea de Apel Tîrgu Mureș, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 666/R din 11 octombrie 2016

4. Prevederile art. 22 din Regulamentul (CEE) nr.1408/71 nu se opun, în principiu, unei reglementări a unui stat membru care condiționează rambursarea integrală a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

acordate în alt stat membru de obținerea unei autorizații prealabile. În schimb, aceste articole se opun unei astfel de reglementări interpretate în sensul că exclude, în toate cazurile, rambursarea integrală de către instituția competentă a cheltuielilor aferente unor astfel de îngrijiri, acordate fără autorizație prealabilă..... 138

Curtea de Apel Bacău, Secția I civilă, Decizia nr. 1521 din 28 octombrie 2013

5. Potrivit art. 22 din Regulamentul (CEE) nr.1408/71, există posibilitatea deplasării pe teritoriul unui alt stat membru pentru a primi tratament adecvat stării asiguratului pe timpul bolii sau maternității, atât pentru asigurat, cât și pentru membrul de familie. Intervenția chirurgicală asupra fătului prezintă o urgență neonatală ce se impune a fi realizată imediat după naștere, iar această situație nu este compatibilă cu efectuarea demersurilor cu privire la înregistrarea nașterii și eliberarea certificatului de naștere pe numele copilului..... 148

Curtea de Apel Ploiești, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 128 din 16 ianuarie 2018

6. Legislația internă condiționează suportarea contravalorii cheltuielilor ocazionate de serviciile medicale prestate în afara teritoriul țării, de soluționarea în mod favorabil a cererii de eliberare a formularului S2 (E112) anterior plecării beneficiarului în străinătate, doar emiterea, ca fapt material, putând fi ulterioară plecării..... 159

Curtea de Apel Craiova, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 1630 din 13 martie 2014

7. A nu recunoaște mamei biologice posibilitatea de a obține serviciile de naștere în locul unde urma să se efectueze și actul medical asupra copilului a făcut ca drepturile asiguratului să fie supuse unei proceduri formaliste, rigide, să devină iluzorii. Raportul medical privind situația copilului, care consemna necesitatea unei intervenții urgente pentru salvarea vieții acestuia, era suficient pentru a face dovada faptului că nașterea nu se putea face într-un interval de timp rezonabil în România, având în vedere starea fătului..... 171

Curtea de Apel Iași, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 1683 din 14 noiembrie 2017

8. În condițiile în care formularul E126 nu este instrumentat de instituțiile oficiale autorizate de la locul de ședere, din cadrul Ministerul Federal al Sănătății și Securității Muncii, ci doar de furnizorul de servicii medicale, așa cum în mod corect a sesizat pârâta, rezulta că în speță nu

putea fi angajată răspunderea statului român în temeiul Regulamentului (CEE) nr.1408/71..... 180

Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr.2877 din 9 aprilie 2014

9. O condiție a admisibilității eliberării formularului S2 (E112) este aceea ca, din raportul medical, să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România iar acesta să nu poată fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna din unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii 188

Curtea de Apel Oradea, Secția I Civilă, Decizia civilă nr. 96 din 15 ianuarie 2014

10. Îngrijirile spitalicești acordate în alt stat membru trebuie să fie rambursate de instituția competentă în limita cuantumului stabilit de legislația acestui stat membru, dacă au făcut obiectul autorizației impuse de art. 22 alin. 1 lit.c din Regulamentul nr. 1408/71. În situația în care acest cuantum este inferior celui care ar fi rezultat din aplicarea legislației în vigoare în statul membru al cărui rezident este asiguratul în cazul spitalizării în acest din urmă stat, trebuie să se acorde în plus de instituția competentă o rambursare suplimentară corespunzătoare diferenței dintre aceste două valori, în limita cheltuielilor efectuate în realitate 210

Curtea de Apel Oradea, Secția I Civilă, Decizia civilă nr. 505 din 18 septembrie 2017

11. Lipsa unei recomandări medicale dată de un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări de sănătate din România, în sensul unei intervenții chirurgicale asistată robotic. Costuri solicitate spre rambursare..... 222

Curtea de Apel Tîrgu Mureș, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Sentința nr. 133 din 30 decembrie 2019

12. Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciile medicale de care asiguratul a beneficiat se regăsesc în pachetul de servicii de bază (servicii decontate din Fondul național asigurări sociale de sănătate din România) și faptul că aceste servicii nu i se pot efectua în România în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului, luând în considerare starea lui curentă de sănătate și evoluția probabilă a bolii 249

Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal, Sentința civilă nr. 409 din 10 februarie 2017

13. Rambursarea cheltuielilor medicale efectuate într-un alt stat membru nu poate fi refuzată în cazul în care tratamentul spitalicesc nu ar putea fi furnizat în timp util în statul membru de reședință al persoanei asigurate din pricina lipsei de medicamente și consumabile medicale de bază și de infrastructură..... 262

Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 5984 din 13 decembrie 2016

14. Eliberarea formularului S2 (E112) se poate realiza numai în condițiile existenței unui diagnostic cert și a imposibilității tratării afecțiunii în cadrul sistemului medical românesc 290

Curtea de Apel Cluj, Secția a III-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 2107 din 2 noiembrie 2016

15. Cât timp reclamantul nu s-a adresat instituției abilitate cu o cerere de eliberare a formularului S2 (E112), nici înainte de deplasarea în străinătate, nici după aceasta, prin invocarea situației de forță majoră în care s-a aflat, situație care l-a împiedicat să solicite eliberarea formularului S2 (E112), nu există temei legal de a rambursa contravaloarea serviciilor medicale acordate..... 296

Curtea de Apel Alba Iulia, Secția I civilă, Decizia civilă nr. 1282 din 6 octombrie 2016

16. Eliberarea formularului S2 (E112) în cazul în care nu se poate realiza o separare între naștere și intervenția chirurgicală, pe care o impune malformația de care suferă fătul, deoarece nașterea nu poate fi privită ca o afecțiune a mamei 306

Curtea de Apel Ploiești, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 9169 din 31 octombrie 2013

17. Neinvocarea unui impediment obiectiv, de nesurmontat în depunerea cererii, ci doar descurajarea reclamantei, printr-o comunicare verbală cu autoritățile publice, că procedura nu ar acoperi astfel de intervenții, nu justifică existența unor circumstanțe speciale, de natură a atrage aplicarea testului de proporționalitate, pentru a se verifica restrângerea nejustificată a liberei prestări a serviciilor 323

Curtea de Apel Cluj, Secția a III-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 1661 din 29 noiembrie 2019

Cuvânt înainte

Prezentul volum reunește o parte dintre cele mai semnificative hotărâri judecătorești pronunțate de instanțele românești în domeniul litigiilor vizând rambursarea cheltuielilor medicale efectuate într-un alt stat membru al Uniunii Europene.

Chiar dacă practica judiciară este mai puțin numeroasă și destul de necunoscută, accesibilă fiind pe portalul ROLII, totuși, instanțele din România au sesizat de două ori Curtea de Justiție a Uniunii Europene cu trimiteri preliminare, jurisprudența gravitând practic în jurul celor două soluții ale Curții de Justiție, în continuarea soluțiilor de tip *Elchinov*, C-173/09, EU:C:2010:581.

Prin Ordonanța Curții de Justiție din 11 iulie 2013, pronunțată în cauza C-430/12, *Luca*, ECLI:EU:C:2013:467, s-a răspuns cererii de decizie preliminară formulată de Curtea de Apel Bacău, în sensul că:

„Articolul 49 CE și articolul 22 din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 592/2008 al Parlamentului European și al Consiliului din 17 iunie 2008, nu se opun în principiu unei reglementări a unui stat membru care condiționează rambursarea integrală a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești acordate în alt stat membru de obținerea unei autorizații prealabile. În schimb, aceste articole se opun unei astfel de reglementări interpretate în sensul că exclude, în toate cazurile, rambursarea integrală de către instituția competentă a cheltuielilor aferente unor astfel de îngrijiri acordate fără autorizație prealabilă.

Atunci când un refuz al rambursării, motivat numai de absența autorizației prealabile, a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești acordate în alt stat membru și achitate de persoana asigurată nu este, ținând seama de împrejurările specifice, întemeiat, cheltuielile aferente îngrijirilor menționate trebuie rambursate de instituția competentă persoanei asigurate în cauză în limita cuantumului stabilit de legislația acestui stat membru. În situația în care cuantumul respectiv este inferior celui care ar fi rezultat din aplicarea legislației în vigoare în statul membru al cărui rezident este asiguratul în cazul spitalizării sale în acest din urmă stat, instituția competentă trebuie să acorde în plus o rambursare suplimentară

corespunzătoare diferenței dintre aceste două valori, în limita cheltuielilor efectuate în realitate.

Atunci când un astfel de refuz este întemeiat, persoana asigurată poate solicita, în temeiul articolului 49 CE, rambursarea cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești numai în limita acoperirii garantate de regimul de asigurări de sănătate la care este afiliată.”

În litigiul intern, în luna octombrie 2008, doamna Luca fusese supusă unor investigații medicale la clinica universitară din Viena, costul acestora fiind de 4.822,15 euro. Doamna Luca a solicitat ulterior, la 26 ianuarie 2009, eliberarea unui formular E112 pentru a efectua un tratament medical la aceeași clinică. Ea a solicitat însă, două zile mai târziu, amânarea soluționării acestei cereri. Ca urmare a unei cereri de rambursare a cheltuielilor medicale efectuate pentru acest tratament, formulată la 12 februarie 2009, Casa de Asigurări de Sănătate Bacău i-a rambursat doamnei Luca suma de 8.123,28 RON. La 12 august 2009, doamna Luca a formulat o nouă cerere de eliberare a formularului E112 în vederea efectuării celei de a doua etape a tratamentului preconizat la aceeași clinică. La 18 iunie 2009 și la 13 octombrie 2009, ea a solicitat de asemenea rambursarea cheltuielilor efectuate cu tratamentul său. Casa de Asigurări de Sănătate Bacău a decis ulterior, la 12 noiembrie 2009, să îi ramburseze suma de 4.544,89 RON. Doamna Luca a formulat o acțiune la Tribunalul Bacău, care, prin sentința din 20 decembrie 2011, a respins-o constatând că cererile de eliberare a formularului E112 au fost depuse după ce persoana asigurată plătitese tratamentele efectuate în străinătate, astfel încât nu se putea reține nicio culpă a Casei de Asigurări de Sănătate Bacău ca urmare a faptului că nu a eliberat respectivul formular și că a efectuat o rambursare parțială a cheltuielilor medicale suportate. Instanța menționată a subliniat, în plus, că doamna Luca nu a contestat modul de calcul al sumelor care i-au fost decontate.

Curtea de Justiție a Uniunii Europene a citat pe deplin cauza *Elchinov*, în care analizase aspecte similare, și a stabilit că, ”rezultă dintr-o jurisprudență constantă că, deși o autorizație prealabilă, precum cea impusă prin Ordinul nr.592/2008, constituie, atât pentru pacienți, cât și pentru prestatori, un obstacol în calea liberei prestări a serviciilor, articolul 49 CE nu se opune în principiu ca dreptul unui pacient de a primi îngrijiri spitalicești în alt stat membru, cu rambursarea acestora de sistemul la care este afiliat, să fie supus unei autorizări prealabile. Cu toate acestea, este necesar ca toate condițiile stabilite în vederea acordării unei astfel de autorizări prealabile să fie justificate în raport cu anumite imperative de interes general, ca acestea să nu depășească ceea ce este necesar în vederea realizării acestui scop și ca același rezultat să nu poată fi obținut prin norme mai puțin constrângătoare. În plus, un astfel de sistem trebuie să fie întemeiat pe criterii obiective, nediscriminatorii și cunoscute în mod anticipat, astfel încât să se limiteze exercitarea puterii de apreciere a autorităților naționale pentru ca aceasta să nu fie utilizată în mod arbitrar (Hotărârea *Elchinov*, punctul 44). La punctele 45-47 din hotărârea *Elchinov*, Curtea a constatat că o reglementare națională care

excluză în toate cazurile rambursarea cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești acordate fără autorizație prealabilă în alt stat membru îl privează pe asiguratul social care, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi îngrijiri de urgență într-o instituție spitalicească, a fost împiedicat să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta răspunsul instituției competente de rambursarea de către această instituție a cheltuielilor aferente îngrijirilor menționate, deși condițiile unei astfel de rambursări ar fi îndeplinite. Curtea a statuat de asemenea că o astfel de reglementare nu este justificată de imperative de interes general și, în orice caz, nu îndeplinește cerința proporționalității, de unde rezultă că presupune o restrângere nejustificată a liberei prestări a serviciilor.

În plus, Curtea a amintit, la punctul 48 din hotărârea *Elchinov*, că, atunci când un asigurat social care a introdus o cerere de autorizare în temeiul articolului 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul nr. 1408/71 a primit un refuz din partea instituției competente, iar caracterul nefondat al unui astfel de refuz este stabilit ulterior fie chiar de instituția competentă, fie printr-o decizie jurisdicțională, acest asigurat are dreptul de a obține în mod direct rambursarea de către instituția competentă a unui quantum echivalent cu cel care ar fi fost rambursat în mod normal dacă autorizația ar fi fost eliberată în mod adecvat de la început. Având în vedere aceste considerații, Curtea a declarat în hotărârea *Elchinov*, că articolul 49 CE și articolul 22 din Regulamentul nr. 1408/71 se opun unei reglementări a unui stat membru interpretate în sensul că excluză, în toate cazurile, rambursarea cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești acordate fără autorizație prealabilă în alt stat membru.

În ceea ce privește problema dacă îngrijirile spitalicești acordate în alt stat membru trebuie suportate integral sau parțial de instituția competentă, articolul 22 alineatul (1) litera (c) punctul (i) din Regulamentul nr. 1408/71 are ca obiect conferirea unui drept la prestații în natură acordate pe seama acestei instituții de instituția de la locul de ședere, în conformitate cu dispozițiile legislației statului membru în care sunt acordate prestațiile, ca și cum persoana interesată ar fi afiliată la această din urmă instituție. În ceea ce privește alineatul (2) al doilea paragraf al aceluiași articol, acesta are drept unic obiect identificarea împrejurărilor în care este exclus ca instituția competentă să poată refuza autorizația solicitată în temeiul alineatului (1) litera (c) (Hotărârea *Elchinov*, punctul 39). Rezultă că îngrijirile spitalicești acordate în alt stat membru trebuie să fie rambursate de instituția competentă în limita quantumului stabilit de legislația acestui stat membru dacă au făcut obiectul autorizației impuse de articolul 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul nr. 1408/71. În situația în care acest quantum este inferior celui care ar fi rezultat din aplicarea legislației în vigoare în statul membru al cărui rezident este asiguratul în cazul spitalizării în acest din urmă stat, trebuie să se acorde în plus de către instituția competentă, în temeiul articolului 49 CE, astfel cum a fost interpretat de Curte, o rambursare suplimentară corespunzătoare diferenței dintre aceste două valori, în limita cheltuielilor efectuate în realitate (Hotărârea *Elchinov*, punctele 78 și 81). Același quantum este datorat de instituția competentă atunci când un refuz de a elibera o autorizație prealabilă sau un refuz al rambursării, motivat numai de

absența autorizației prealabile, a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești acordate în alt stat membru și achitate de asiguratul social nu este întemeiat, în special în împrejurări precum cele menționate la punctul 23 din prezenta hotărâre (a se vedea în acest sens hotărârea *Elchinov*, punctele 75-77). În celelalte cazuri, asigurații sociali care beneficiază de îngrijiri spitalicești în alt stat membru decât statul membru de reședință nu pot solicita rambursarea respectivelor cheltuieli, în temeiul articolului 49 CE, decât în limita acoperirii garantate de regimul de asigurări de sănătate la care sunt afiliați (a se vedea în acest sens hotărârea *Elchinov*, citată anterior, punctul 80).”

Totodată, Curtea de Justiție a mai apreciat că ”poate fi util să se observe că eliberarea unei autorizații prealabile precum formularul E112 nu pare a prezenta vreo utilitate atunci când îngrijirile spitalicești au fost deja acordate asiguratului social, cu excepția, eventual, a cazului în care nu au fost încă facturate persoanei interesate sau nu au fost achitate (Hotărârea *Elchinov*, citată anterior, punctul 75). În schimb, astfel cum s-a arătat la punctul 28 din prezenta hotărâre, rambursarea de către instituția competentă a cheltuielilor aferente respectivelor îngrijiri în limita cuantumului stabilit de legislația statului membru în care acestea au fost acordate se impune în cazul în care refuzul rambursării motivat numai de absența autorizației prealabile este, ținând seama de împrejurările specifice a căror apreciere este de competența instanței de trimitere, considerat de aceasta neîntemeiat.”

Pin Hotărârea Curții de Justiție din 9 octombrie 2014, pronunțată în cauza C-268/13, *Petru*, ECLI:EU:C:2014:2271, s-a răspuns cererii de decizie preliminară formulată de Tribunalul Sibiu în sensul că: ”*Articolul 22 alineatul (2) al doilea paragraf din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 592/2008 al Parlamentului European și al Consiliului din 17 iunie 2008, trebuie interpretat în sensul că autorizația solicitată conform alineatului (1) litera (c) punctul (i) al aceluiași articol nu poate fi refuzată atunci când tratamentul spitalicesc în cauză nu poate fi acordat în timp util în statul membru de reședință al asiguratului social din cauza lipsei medicamentelor și a materialelor medicale de primă necesitate. Această imposibilitate trebuie apreciată la nivelul ansamblului spitalelor din acest stat membru apte să acorde tratamentul respectiv și în raport cu intervalul de timp în care acesta din urmă poate fi obținut în timp util.*”

În litigiul principal, din probe rezulta că doamna Petru suferea de mai mulți ani de grave afecțiuni vasculare. În cursul anului 2007, ea a suferit un infarct miocardic în urma căruia a fost supusă unei intervenții chirurgicale. În cursul anului 2009, întrucât starea sa de sănătate s-a înrăutățit, ea a fost internată la Institutul de Boli Cardiovasculare din Timișoara. În urma investigațiilor medicale la care a fost

supusă, s-a luat decizia efectuării unei operații pe cord deschis pentru schimbarea valvei mitrale și introducerea a două endoproteze vasculare. Considerând că condițiile materiale din acest spital nu erau satisfăcătoare pentru efectuarea unei astfel de intervenții chirurgicale, doamna Petru a decis să meargă la o clinică în Germania unde a fost efectuată intervenția respectivă. Costul acesteia și cheltuielile de spitalizare postoperatorii s-au ridicat la suma totală de 17.714,70 euro. Înainte de a se deplasa în Germania, doamna Petru solicitase Casei Județene de Asigurări de Sănătate Sibiu să suporte costurile intervenției pe baza formularului E112. Cererea sa, înregistrată la 2 martie 2009, a fost respinsă cu motivarea că din cuprinsul raportului medicului curant nu rezulta că serviciul medical solicitat, care făcea parte din pachetul de servicii de bază, nu putea fi efectuat într-un timp rezonabil în unități medicale din România, raportat la starea medicală curentă a asiguratului și la evoluția în timp a bolii. La 2 noiembrie 2011, doamna Petru a introdus o acțiune civilă în vederea obligării Casei Județene de Asigurări de Sănătate Sibiu și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la plata contravalorii în lei a sumei de 17 714,70 euro cu titlu de daune interese. Doamna Petru a menționat, în susținerea acestei cereri, că condițiile de spitalizare de la Institutul de Boli Cardiovasculare din Timișoara erau deosebit de precare, întrucât lipseau medicamentele și materialele medicale de primă necesitate, iar numărul de paturi era insuficient, și că, din cauza complexității intervenției chirurgicale și a acestor condiții precare, a decis să părăsească acest spital și să se deplaseze la o clinică în Germania.

Curtea de Justiție a Uniunii Europene a apreciat că ”articolul 22 alineatul (2) al doilea paragraf din Regulamentul nr. 1408/71 enunță două condiții a căror îndeplinire face obligatorie eliberarea de către instituția competentă a autorizației prealabile solicitate în temeiul alineatului (1) litera (c) punctul (i) al aceluiași articol. Prima condiție impune ca tratamentul despre care este vorba să se numere printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru pe teritoriul căruia are reședința asiguratului social. A doua condiție impune ca tratamentul pe care acesta din urmă intenționează să îl primească în alt stat membru decât statul al cărui rezident este să nu poată, ținând seama de starea sa actuală de sănătate și de evoluția probabilă a bolii sale, să îi fie acordat în intervalul de timp necesar în mod normal pentru a obține tratamentul despre care este vorba în statul membru al cărui rezident este (a se vedea, în acest sens, hotărârea *Elchinov*, punctele 53 și 54). În ceea ce privește această a doua condiție, care este vizată de întrebarea preliminară în prezenta cauză, Curtea a statuat deja că autorizația solicitată nu poate fi refuzată atunci când un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate nu poate fi obținut în timp util în statul membru al cărui rezident este persoana interesată (a se vedea, în acest sens, hotărârea *Inizan*, C-56/01, EU:C:2003:578, punctele 45 și 60, hotărârea *Watts*, C-372/04, EU:C:2006:325, punctul 61, precum și hotărârea *Elchinov*, EU:C:2010:581, punctul 65). În această privință, Curtea a precizat că, în scopul de a aprecia dacă un tratament care prezintă același grad de eficacitate poate fi obținut în timp util în statul membru de reședință, instituția competentă este obligată să ia în considerare toate împrejurările care caracterizează

fiecare caz concret, ținând seama în mod adecvat nu numai de situația medicală a pacientului la momentul la care este solicitată autorizația și, dacă este cazul, de gradul de suferință sau de natura handicapului acestuia din urmă, care ar putea, de exemplu, să facă imposibilă sau excesiv de dificilă exercitarea unei activități profesionale, ci și de antecedentele acestuia. Printre aceste circumstanțe pe care instituția competentă este obligată să le ia în considerare poate fi inclusă, într-un caz concret, lipsa medicamentelor și a materialelor medicale de primă necesitate, cum este cea invocată în cauza principală. Astfel, după cum a arătat avocatul general la punctul 25 din concluzii, articolul 22 alineatul (2) al doilea paragraf din Regulamentul nr. 1408/71 nu face distincție cu privire la motivele pentru care o anumită prestație nu poate fi efectuată în timp util. Or, această lipsă a medicamentelor și a materialelor medicale poate în mod evident, cum este și cazul lipsei echipamentelor specifice sau a competențelor specializate, să facă imposibilă acordarea unui tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate în timp util în statul membru de reședință. Cu toate acestea, astfel cum au subliniat guvernul român și cel al Regatului Unit, precum și Comisia Europeană, (...) pe de o parte, la nivelul ansamblului spitalelor din statul membru de reședință apte să acorde tratamentul despre care este vorba și, pe de altă parte, în raport cu intervalul de timp în care acesta din urmă poate fi obținut în timp util. În ceea ce privește cauza principală, guvernul român observă că doamna Petru avea dreptul să se adreseze oricărui spital din România care dispunea de echipamentul necesar pentru efectuarea intervenției de care avea nevoie. Acesta subliniază de asemenea, alături de intimitatele din litigiul principal, că raportul medicului curant indica faptul că această intervenție trebuia efectuată într-un interval de timp de trei luni. Prin urmare, dacă faptele invocate de doamna Petru referitoare la lipsa medicamentelor și a materialelor medicale de primă necesitate la Institutul de Boli Cardiovasculare din Timișoara sunt dovedite, este de competența instanței de trimitere să aprecieze dacă această intervenție nu ar fi putut fi realizată în acest interval de timp într-un alt spital din România.”

Din jurisprudența Curții de Justiție reținem și Hotărârea din 5 iunie 2014 din cauza C-255/13, I, ECLI:EU:C:2014:1291, în care s-a stabilit că *”Articolul 1 literele (j) și (k) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială trebuie interpretat în sensul că, potrivit articolului 19 alineatul (1) sau articolului 20 alineatele (1) și (2) din acest regulament, în cazul în care un resortisant al Uniunii care avea reședința într-un prim stat membru se îmbolnăvește grav și subit în timpul vacanței într-un al doilea stat membru și este obligat să rămână timp de unsprezece ani în acest din urmă stat din cauza acestei afecțiuni și datorită disponibilității îngrijirilor medicale specializate în apropierea locuinței, el trebuie considerat ca aflându-se în situație de „ședere” în acest al doilea stat membru în măsura în care centrul obișnuit al intereselor sale se află în primul stat membru. Revine instanței naționale sarcina de a stabili centrul obișnuit al intereselor acestui resortisant efectuând o evaluare a tuturor faptelor pertinente și ținând seama de intenția sa, astfel cum reiese din aceste fapte, simpla*

împrejurare că respectivul resortisant a rămas în al doilea stat membru o perioadă îndelungată nefiind suficientă, în sine și ca atare, pentru a considera că are reședința în acest stat.”

De asemenea, prin Hotărârea din 4 octombrie 2012, din cauza C-115/11, *Format Urządzenia i Montaż Przemysłowe*, ECLI:EU:C:2014:1291, Curtea de Justiție a declarat că: *”Articolul 14 alineatul (2) litera (b) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 1992/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 18 decembrie 2006, trebuie interpretat în sensul că, în circumstanțe precum cele din acțiunea principală, o persoană care, în cadrul unor contracte de muncă succesive în care locul de muncă este indicat ca fiind pe teritoriul mai multor state membre, nu lucrează în realitate, pe durata fiecărui contract, decât pe rând pe teritoriul unuia singur dintre aceste state nu se poate încadra în noțiunea „persoană care desfășoară în mod obișnuit o activitate salariată pe teritoriul a două sau mai multe state membre” în sensul acestei dispoziții.”*

Nu în ultimul rând, prin Hotărârea din 14 octombrie 2010, pronunțată în cauza C-345/09, *van Delft și alții*, ECLI:EU:C:2010:610, Curtea de Justiție a decis în sensul că: *”1) Articolele 28, 28a și 33 din Regulamentul nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 1992/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 18 decembrie 2006, coroborate cu articolul 29 din Regulamentul nr. 574/72 al Consiliului din 21 martie 1972 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu salariații și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunității, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 311/2007 al Comisiei din 19 martie 2007, trebuie interpretate în sensul că nu se opun unei reglementări a unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care prevede că titularii unei pensii sau ai unei indemnizații datorate în temeiul legislației acestui stat care au reședința într-un alt stat membru, în care au dreptul, în temeiul articolelor 28 și 28a, la prestațiile de boală în natură acordate de instituția competentă din acest stat membru, trebuie să achite, sub forma unei rețineri din pensia sau din indemnizația amintită, o contribuție pentru prestațiile menționate chiar și atunci când nu sunt înregistrați la instituția competentă din statul membru în care au reședința. 2) Articolul 21 TFUE trebuie interpretat în sensul că nu se opune unei reglementări a unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care prevede că titularii unei pensii sau ai unei indemnizații datorate în temeiul legislației acestui stat membru care au reședința într-un alt stat membru, în care au dreptul, potrivit articolelor 28 și 28a din Regulamentul nr. 1408/71, astfel cum*

a fost modificat prin Regulamentul nr. 1992/2006, la prestațiile de boală în natură acordate de instituția competentă din acest din urmă stat membru, trebuie să achite, sub forma unei rețineri din pensia sau din indemnizația amintită, o contribuție pentru prestațiile menționate chiar și atunci când nu sunt înregistrați la instituția competentă din statul membru în care au reședința. În schimb, articolul 21 TFUE trebuie interpretat în sensul că se opune unei astfel de reglementări naționale în măsura în care aceasta induce sau presupune – aspect care trebuie verificat de instanța de trimitere – o diferență de tratament nejustificată între persoanele rezidente și cele nerezidente în ceea ce privește continuitatea protecției globale împotriva riscului de boală de care aceștia beneficiau în cadrul unor contracte de asigurare încheiate înainte de intrarea în vigoare a respectivei reglementări.”

Volumul este extrem de util, în primul rând pentru magistrați și avocați, pentru că poate cele mai reprezentative hotărâri judecătorești în materie au fost strânse pentru prima oară în România în aceeași lucrare, de altfel ușor accesibilă tuturor celor interesați de subiect.

Autorii

1. În măsura în care se dovedește că urgența medicală a împiedicat pe reclamant nu numai să obțină autorizația prealabilă, dar și să depună cererea de acordare a autorizației prealabile, legislația națională nu poate constitui un impediment în acordarea contravalorii tratamentului medical conform dispozițiilor art. 20 din Regulamentul (CE) nr.883/2004

Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 7779 din 7 noiembrie 2017

Deliberând asupra recursurilor de față, constată următoarele:

Împotriva sentinței civile nr. 308/25.05.2016, pronunțată de Tribunalul Caraș-Severin, au declarat recurs pârâtele Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin.

Recursul pârâtei Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

Casa Națională de Asigurări de Sănătate solicită admiterea recursului, arătând, în esență, că instanța de fond, în mod eronat s-a pronunțat în sensul respingerii excepției lipsei calității procesuale pasive a CNAS și a excepției lipsei de obiect, ambele invocate de pârâta CNAS.

Astfel, în cuprinsul motivării, cu privire la excepția lipsei calității procesual pasive a CNAS, judecătorul fondului în mod eronat a reținut că excepția invocată nu este întemeiată, deoarece capacitatea de a sta în prezentul proces a CNAS este dată de calitatea de ordonator principal de credite, de faptul că pârâta CAS Caraș-Severin nu dispune de fonduri proprii pentru a-și angaja singură obligațiile ce decurg într-un asemenea raport juridic.

Apreciază ca o astfel de motivare nu se poate circumscrie aprecierii instanței asupra calității procesuale pasive a CNAS și, totodată, nu echivalează cu o motivare a respingerii excepției invocate.

În acest sens, solicită a se avea în vedere că, în conformitate cu art. 266 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (în forma în vigoare la momentul de referință), CNAS este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonare a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Potrivit prevederilor art. 267 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare (în forma în vigoare la momentul de referință), casele de asigurări sunt instituții publice cu personalitate juridică distinctă, cu bugete proprii, în subordinea CNAS.

Astfel, potrivit prevederilor HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, verificarea îndeplinirii dispozițiilor legislative și soluționarea cauzelor care decurg din act normativ, precum și responsabilitățile ulterioare care decurg din rezolvarea acestor cauze, reprezintă obligații legale care revin exclusiv casei de asigurări de sănătate unde este luată în evidență persoana asigurată.

De asemenea art.3 alin.(1) al HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, prevede că: *”La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoțită de documente justificative traduse în limba română de către un traducător autorizat, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 4”*.

Totodată, instanța de fond în mod eronat a reținut susținerile reclamantului cu privire la faptul că CNAS a fost cea care a stabilit că acesta este îndrituit a primi doar 1/30 din suma solicitată de la CJAS Caraș-Severin, deținând în acest fel și calitate procesuală pasivă.

Or, cu privire la acest aspect învederează faptul că, reclamantului i s-a achitat către suma de 4.214.16 lei reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate, în temeiul art. 3 alin.(1) lit. b) coroborat cu art. 4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, la nivelul tarifelor din România.

De asemenea, rezultă indubitabil din actul normativ mai sus menționat faptul că nu CNAS a stabilit cuantumul sumei ce urma să i se ramburseze reclamantului (raportat la situația existentă), ci suma respectivă s-a rambursat în conformitate cu legislația de specialitate, în vigoare la momentul de referință.

Astfel că, referitor la calitatea procesuală pasivă a CNAS, față de considerentele mai sus invocate solicită să se constate lipsa calității procesuale pasive a CNAS în speța de față, și în consecință, admiterea acestei excepții, așa după cum a fost invocată.

De asemenea, raportat la dispozițiile prevederilor art.488 alin.(1) pct.6 din Codul de procedură civilă, apreciază că instanța de fond a motivat lapidar respingerea ca nefondată a excepției lipsei de obiect, invocată de pârâta CNAS, reținând, în mod eronat, faptul că pârâtele au recunoscut doar parțial pretențiile solicitate inițial de către reclamant, în cauză, reclamantul a solicitat doar diferența (29.000 euro) dintre sumele solicitate (30.000 euro) și sumele deja achitate de pârâte (1000 euro).

În acest sens, precizează faptul că reclamantului i-a fost decontată de CAS Caraș-Severin suma de 4.214.16 lei cu titlu de servicii medicale acordate ca urmare a unei intervenții medicale pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, potrivit notei de calcul din 10.06.2015 emisă de pârâta sus menționată. Această sumă a fost achitată în conformitate cu prevederile art. 4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, în vigoare la data acordării serviciilor medicale către reclamant, la nivelul tarifelor din România.

Prin urmare, procedura de rambursare a serviciilor medicale acordate în baza formularelor europene are loc la nivel interinstituțional, și presupune un proces laborios și continuu, implicând mai multe instituții atât din plan intern, cât și în cel extern.

În plan intern, Casa Națională de Asigurări de Sănătate îndeplinește funcția de organism de legătură care asigură comunicarea cu organismele similare din statele membre UE/SEE, iar casele de asigurări de sănătate îndeplinesc funcția de instituții competente care suportă cheltuielile pentru prestațiile de boală și maternitate și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate acordate asiguraților proprii de către furnizorii de servicii medicale din alte state. În plan extern, instituțiile prin intermediul cărora se realizează procedura de rambursare a serviciilor medicale sunt organismele de legătură, instituțiile de la locul de ședere și unitățile sanitare care au acordat serviciile medicale.

Referitor la modalitatea de decontare la nivelul tarifelor din România, precizează faptul că acest lucru se realizează, potrivit dispozițiilor art. 4 alin.(1) lit.b din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, în sensul că nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere, se stabilește pentru servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, astfel: $ICM \times TCP$, unde ICM este cel mai mare indice de case-mix dintre toate ICM-urile aferente spitalelor din România, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case-mix, prevăzute în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical; serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

În consecință, solicită a se observa faptul că, întrucât reclamantului i s-a achitat suma de 4.214,16 lei reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate în temeiul art.4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, la nivelul tarifelor din România, rezultă că, în mod legal și cu respectarea prevederilor legale imperative din legislația aplicabilă, obligația de plată a fost îndeplinită de către CAS Caraș-Severin.

În acest sens, excepția lipsei de obiect nu a fost invocată de CNAS cu referire la corespondența dintre CNAS și CAS Caraș-Severin în ceea ce privește suma de bani

solicitată de reclamant și cea rambursată de CAS Caraș-Severin către acesta (așa după cum, în mod eronat, a reținut instanța de fond), ci se întemeiază pe dispozițiile legale speciale aplicabile speței de față, respectiv HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicală transfrontalieră.

Astfel, modalitatea prin care s-a dus la îndeplinire obligația de plată (raportat la speța de față), s-a realizat în conformitate cu prevederile legale speciale la care am făcut referire anterior, această procedură de rambursare fiind singura reglementată de legislația în materie.

În consecință, solicită admiterea excepției lipsei de obiect, așa după cum a fost invocată.

Pe fondul cauzei, raportat la prevederile art.488 alin.(1) pct. 8 din Codul de procedură civilă, în mod eronat instanța de fond a reținut faptul că în cauza dedusă judecătii, se impune a se clarifica doar refuzul parțial al pârâtelor și nicidecum îndreptățirea reclamantului la decontarea serviciilor medicale din străinătate, având în vedere că pârâtele au recunoscut dreptul reclamantului la decontarea acestor servicii prin însăși plata parțială a acestora.

Astfel, instanța de fond se află în eroare privind reținerile din sentința recurată, având în vedere faptul că, în speță, cadrul legislativ al căror dispoziții sunt aplicabile îl constituie Titlul XIX din Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare, prin care a fost transpusă Directiva 2011/24 în ceea ce privește asistența medicală transfrontalieră precum și HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicală transfrontalieră și raportat la faptul că, în baza prevederilor legale mai sus menționate, CAS Caraș-Severin, în urma aprobării alocării de prevedere bugetară comunicată de CNAS prin adresa nr. P6700/14.07.2015, a decontat reclamantului suma de 4.214,16 lei.

Totodată, așa după cum reiese din documentele depuse la dosarul cauzei, rezultă că cererea de eliberare a formularului E112/S2 a fost depusă de reclamant ulterior internării în unitatea sanitară Institutul Mutualist Montsouris din Paris, Franța, și ulterior achitării serviciilor medicale de acesta (data solicitării eliberării formularului este 02.03.2015, iar perioada de spitalizare conform documentelor depuse de reclamant, este 17.01 - 05.03.2015, data efectuării plății către unitatea sanitară din Franța fiind 16.01.2015).

În acest sens, potrivit art. 46 din Ordinul președintelui CNAS nr.592/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr.574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71, cu modificările și completările ulterioare: „(1)